

療 養 費 請 求 書

第 二 家 族 療 養 費

被 保 險 者 記 入 欄	下記により請求します。				
	令和 年 月 日				
	請求者住所				
	請求者氏名				
	KOA健康保険組合理事長 殿				
	被保険者証の 記号と番号	34第	号	所属名	
	被扶養者が受診した ときはその氏名			生年月日	年 月 日
	傷病名			発病又は負傷 の年月日	年 月 日 (負傷の場合は 時頃)
発病又は負傷の 原因及びその経過					
療養の給付を 受けなかった理由					
診療の期間又は 治療装具の作成日	年 月 日	日間	入院 外来	診療に要した費用 治療装具の金額	円
負傷が第三者の 行為による場合	第三者の 氏名と住所			その事実の 届出の有無	有 ・ 無
健 康 保 險 組 合 記 入 欄	受付年月日	令和 年 月 日	決定年月日	令和 年 月 日	
	支給決定金額	円		支払年月日	令和 年 月 日
	常務理事	事務長	担当者		